

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

119

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

JOUFFROY Monique

Née le 21 Décembre 1942, à Tunis (Tunisie).

Présentée et soutenue publiquement le

**GRANULOME INFLAMMATOIRE DE LA FENÊTRE OVALE
APRÈS STAPÉDECTOMIE.**

Président : Mr. Paul PIALOUX, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1971

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

JOUFFROY Monique

Née le 21 Décembre 1942, à Tunis (Tunisie).

Présentée et soutenue publiquement le

**GRANULOME INFLAMMATOIRE DE LA FENÊTRE OVALE
APRÈS STAPÉDECTOMIE.**

Président : Mr. Paul PIALOUX, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1971



A MES PARENTS

A MON COUSIN,

Monsieur le Professeur Jean CHEYMOL.

A Monsieur le Professeur P. PIALOUX

Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider ma
thèse.

A Monsieur le Docteur GOTLIB

Qui m'a proposé ce sujet
de thèse.

A Monsieur le Professeur MASPETIOL

A Monsieur le Docteur MILLARD

A MES MAÎTRES

Messieurs les Professeurs de la Faculté de Médecine
de CAEN.

Aux Médecins

du Centre Hospitalier Louis Pasteur de CHERBOURG.

Et à tous ceux

qui m'ont aidée dans le cours de mes études de Médecine.

GRANULOME INFLAMMATOIRE DE LA FENETRE OVALE

APRÈS STAPÉDECTOMIE

INTRODUCTION

Il a été reconnu que l'apparition d'un granulome de la fenêtre ovale après platinectomie pouvait être la cause d'une surdité neuro-sensorielle, et que l'extraction chirurgicale de ce granulome pouvait empêcher la survenue d'une cophose définitive, et d'éventuelles complications infectieuses.

Il est surprenant de constater que les auteurs français ne signalent pas l'existence de ce granulome inflammatoire, alors que plusieurs copho-chirurgiens américains en ont fait état depuis dix ans et voient dans cette manifestation la cause majeure des surdités post-opératoires.

Cette étude permettra, à l'occasion de trois cas traités par O.A. GOTLIB et P. ELBAZ, et suivis sur un total de 750 platinectomies au cours des trois dernières années, de rappeler le tableau clinique de cette affection.

Selon les différentes publications, un pourcentage de 0,5 à 1,5 % peut être retenu. En particulier, SCHUKNECHT et KAUFMANN ont rapporté, en 1967, 10 cas de granulomes sur 780 stapéctomies.

Tous ces granulomes ont été confirmés macro et microscopiquement.

Le terme de granulome implique une tumeur formée par un tissu de granulations, des fibroblastes en activité, des cellules géantes à corps étranger, des leucocytes à noyaux polymorphes en nombre variable. Mais il est impossible d'identifier l'agent

causal (s'il existe) d'après l'aspect histologique.

Le but de cette étude sera de définir les éléments du diagnostic positif devant imposer la réintervention précoce, qui seule permet une restauration auditive.

O B S E R V A T I O N S

CAS N° 1

Un homme de 64 ans, porteur d'une otospongiose bilatérale avec bonne réserve cochléaire, est opéré de l'oreille droite :

- . Platine mince ;
- . Otospongiose modérée de type II ;
- . Mise en place d'un piston Téflon avec interposition veineuse, sans aucune difficulté.

48 heures plus tard :

. Apparition d'une forte réaction labyrinthique, pour laquelle on associe à l'antibio-corticothérapie systématique, un traitement vaso-dilatateur énergique et du sulfate de magnésie.

. Les vertiges ne cèdent qu'au 10ème jour.

. L'examen de l'audition est négligé durant cette période, du fait de l'apparition d'une phlébite des membres inférieurs au sixième jour, et traitée par Héparine, puis Pindione, afin d'amener le taux de prothrombine aux environs de 25 %.

Néanmoins, le malade perçoit la voix haute au 10ème jour, et sort de l'hôpital le 17ème jour, toujours sous traitement anti-coagulant.

Un mois après l'intervention, il revient à la

consultation avec une cophose droite :

- . Disparition de CA et CO,
- . Pas de réponse en audiométrie vocale,
- . Weber latéralisé à gauche,

sans acouphènes ni vertiges.

Un mois plus tard encore, apparition d'une otalgie droite avec otorrhée discrète. Le tympan est rouge dans son quadrant postéro-supérieur. Un petit polype est enlevé.

Mais, malgré l'antibiothérapie, la douleur persiste. Une paracentèse ramène du pus mêlé de sang. L'antibiothérapie, guidée par l'antibiogramme, n'empêche pas la reproduction de polype que l'on enlève à plusieurs reprises, avant de se résoudre à une réintervention, 5 mois après la stapéctomie initiale :

. Antro-atticotomie par voie postérieure, montrant d'énormes fongosités prédominant dans l'attique, mais noyant l'enclume et la fenêtre ovale.

. Ablation de l'enclume et du piston.

. Nettoyage laborieux du tissu de granulations qui pénètre dans la fenêtre ovale sans que l'on puisse reconnaître la veine, et entoure la facial partiellement dénudé.

. L'examen histologique de ces lésions montre qu'il s'agit d'un granulome riche en éléments inflammatoires et reposant sur un tissu fibreux.

Malgré cela, quatre mois plus tard, l'otorrhée reprend, accompagnée de douleurs ; et, couronnant ce sombre tableau, une paralysie faciale partielle apparaît. Elle cèdera à 50 mg de Prednisone quotidiens, en même temps que s'estompent les signes infectieux.

La cicatrisation de l'oreille droite est finalement obtenue au bout d'un an.

La cophose droite est bien acceptée par ce malade, ravi de l'appareil qui lui a été proposé à gauche !

= Que conclure de cette observation ?

- Il est impossible de prouver la constitution très précoce de ce granulome, permettant ainsi d'expliquer la chute auditive survenue 20 à 30 jours après l'intervention.

- Les complications phlébitiques n'autorisaient guère une exploration chirurgicale après le traitement vaso-dilatateur classique.

- Cependant, le maintien de ce traitement qui a été appliqué précocement permet d'écarter l'hypothèse d'un hydrops labyrinthique, aucun signe accompagnateur n'étant venu orienter vers une telle étiologie.

CAS N° 2

Une femme de 59 ans consulte pour une surdité considérable appareillée du côté gauche, avec un résultat de plus en plus médiocre.

Elle n'a jamais eu d'acouphènes ni de vertiges, ni aucun antécédent otitique.

Du côté gauche appareillé :

- (- CA horizontale à 85 décibels,
- (- CO sensiblement horizontale à 35 décibels.

Du côté droit :

- (- CA inexistante pour les graves
- (restes auditifs à 95 décibels pour les
- (fréquences du 1.000 au 4.000.
- (- CO horizontale à 45 décibels,

On intervient sur l'oreille droite (le 14 Janvier 1970):

. Foyer otospongieux circulaire avec conservation d'une zone centrale nettement plus mince, facilement enlevée, dans laquelle on place un piston Téflon 8/10 - 4 mm.

. Les suites opératoires sont normales.

. La réaction vertigineuse discrète disparaît le 3ème jour.

. Le Rinne est pratiquement fermé au 10me jour.

. Quand le 12ème jour, après un sifflement interne, l'audition s'effondre brutalement sous réaction vertigineuse.

(- Disparition de la CO.

(- Absence de réponse en audiométrie vocale.

Devant un tel tableau, on évoque :

- une chute du piston dans le vestibule (mais il n'existe aucun vertige) ;
- ou plutôt un "dry-labyrinth".

Mais un traitement par eau distillée I.V. et Nicyl-Héparine ne donnant aucune amélioration, une réintervention est pratiquée le 28-1-1970 (soit 14 jours après la stapédecctomie initiale) :

- La caisse du tympan est envahie par un tissu de granulations polypoïde, noyant complètement l'appareil ossiculo-prothétique, mais respectant la mobilité du piston.

- Le piston et le tissu réactionnel sont enlevés, avec grand mal.

- Un autre piston est mis en place.

- 1 cc. de Dépomédrol est disposé dans l'oreille moyenne, afin de prévenir la réapparition de cette réaction inflammatoire inhabituelle, et associé à 60 mg de Prednisone par jour.

L'histologie répond : "Granulome".

L'audiogramme reste inchangé pendant 2 jours. Mais, le 3ème jour, l'amélioration est indiscutable et se poursuit rapidement, aboutissant à une récupération complète en une quinzaine de jours, période pendant laquelle est poursuivie la corticothérapie.

Le résultat se maintient depuis un an.

CAS N° 3

Une femme de 61 ans est opérée le 4 Décembre 1969, de l'oreille droite :

- . Platine épaissie dans son ensemble, enlevée dans sa totalité.

- . Mise en place d'un piston en Téflon avec interposition veineuse, sans difficultés.

- . Suites opératoires normales.

Mais les vertiges, discrets au début, s'accroissent malgré le traitement médical et, le 6 Janvier (soit un mois plus tard), un audiogramme montre :

- . une C.A. légèrement plus basse que la courbe pré-opératoire ;

- . une chute de CO.

Le 29 Janvier : l'audition est perdue.

Un électronystagmogramme montre une importante hyporéflexivité droite, réalisant un syndrome de destruction, qui commande l'ablation de la prothèse.

A l'otoscopie, un petit polype fait issue dans le quadrant postéro-supérieur.

Une réintervention est pratiquée le 16 Avril 1970 (soit cinq mois après la stapedectomie initiale) :

- . Un polype obstrue le conduit et l'on a de grandes difficultés à isoler le piston, noyé dans une masse granulomateuse qui envahit la caisse et semble faire corps avec la partie postérieure du tympan.

- . Le piston est enlevé. On ne reconnaît pas la veine incluse dans le tissu granulomateux.

L'examen histologique montre un granulome riche en éléments inflammatoires et en polynucléaires. Le

stroma, peu abondant, contient de nombreux capillaires néoformés. La partie profonde du prélèvement repose sur un tissu fibreux assez dense. L'aspect réalisé correspond à un pseudo-polype granulomateux ou Botriocytome.

Après une amélioration passagère, les vertiges reprennent de plus belle, ainsi que l'otorrhée. Les polypes réapparaissent.

Une troisième intervention est pratiquée le 1er Juin 1970 :

- . Antro-atticotomie par voie de Shambaugh.
- . Enormes lésions fongueuses et granuleuses ayant pénétré dans le canal externe, la paroi interne de l'attique et la fenêtre ovale.
- . Ablation de l'enclume et de la tête du marteau.

Les vertiges persistent, et de nouvelles toмоgraphies faites un mois plus tard montrent une accentuation du processus destructif.

Une stabilisation apparente est obtenue depuis, après une corticothérapie prolongée plus de deux mois, mais il n'est pas certain que cette amélioration soit définitive.

UNE AUTRE OBSERVATION

Relatons maintenant un cas typique décrit par
GACEK (Boston - Massachusetts) :

Il s'agit d'une femme de 50 ans, porteuse
d'une otospongiose bilatérale, opérée sans compli-
cations de l'oreille droite et ayant présenté une
amélioration subjective initiale nette.

30 jours plus tard :

- . Apparition : de vertiges positionnels,
d'une hypoacousie droite.
- . A l'audiométrie :
 - surdité modérée de type mixte,
 - avec indice de discrimination vocale
à 28 %.
- . A l'otoscopie :
 - tympan mat, oedématié et rouge dans
sa moitié postérieure.

Une tympanotomie d'urgence est pratiquée 4 heu-
res après le diagnostic :

- Un gros granulome est mis en évidence qui
enveloppe la fenêtre ovale et la branche descendante
de l'enclume. Il existe une extension intra-vestibu-
laire considérable.

- L'ablation complète est pratiquée et l'on
place une prothèse en tissu graisseux dans la fenê-
tre ovale.

- L'examen histologique montre :

- . des fibroblastes se développant active-
ment ;
- . du tissu fibreux ;
- . des bourgeons capillaires ;
- . et une cellule ronde infiltrée, bien re-

présentative de la composante inflammatoire de la masse.

L'amélioration auditive fut presque immédiate. Les vertiges disparurent. Le résultat fut satisfaisant. (Indice de discrimination vocale revenu à 92 %).

COMMENTAIRES

On peut ainsi reconnaître au granulome une entité clinique méritant un traitement d'urgence.

SIGNES DE DEBUT

- Les premiers symptômes apparaissent tôt, au cours des trois premières semaines post-opératoires, quelquefois plus tard, mais jamais après la 6ème semaine selon les publications américaines.

- Le plus souvent, il s'agit d'une SURDITE :

- progressive en quelques jours,
- ou brutales, après un gain auditif post-opératoire de qualité variable.

- Description de cette surdité :

- C'est une surdité de PERCEPTION,
- avec élévation du seuil de conduction osseuse,
- Diminution nette de l'indice de discrimination vocale,
- et associée à une surdité de transmission (qui semblerait être en relation avec la masse du granulome lui-même ou avec la présence de liquide dans l'oreille moyenne).

- Cette surdité peut être associée :

- à des vertiges ou à des troubles de l'équilibre,

- . voire à des bourdonnements de timbre fêlé.

- Devant ces signes de suspicion, le diagnostic doit être confirmé par l'otoscopie. Les auteurs américains semblent en faire un élément décisif, bien qu'elle soit pratiquée dans les semaines qui suivent une intervention modifiant la transparence du tympan:

- . épaissement oedémateux de la moitié postérieure se la pars tensa, réalisant un aspect gris rosé et encore mieux visible au spéculum de Siegle ou sous microscope.

De telles anomalies doivent permettre de justifier le diagnostic avant la tympanotomie.

RÉSULTATS APRES RÉINTERVENTION

Sur les trois cas décrits plus haut, seul le second a obtenu une récupération complète de son audition. Résultat qui se maintient aujourd'hui depuis plus d'un an. On peut remarquer que, dans ce cas, la réintervention a été précoce (au 14ème jour après la stapéctomie).

Les deux autres cas n'ont pas obtenu d'amélioration auditive, mais la réintervention a permis de mettre fin aux complications infectieuses.

Regardons maintenant les résultats d'une étude faite aux U.S.A. et portant sur 19 cas traités :

1°)- Résultats audiométriques :

- Ils portent sur 6 mois d'observation et, le plus souvent, une valable estimation des progrès peut être faite à la sixième ou huitième semaine.

- Pour 16 cas : retour à une audition satisfaisante.

- 10 cas considérés comme guéris :

- (- seuil de CO identique,
- (- indice de discrimination vocale à 4 %
- (près.

(Ce par rapport au stade pré-stapédectomie).

- 6 cas considérés comme satisfaisants, mais incomplètement guéris :

- Retour au seuil de CO antérieur.
- Mais indice de discrimination vocale inférieur (toutefois toujours compris entre 80 et 88 %).

- 3 cas non satisfaisants :

- 2 cas avec :

- légère diminution du seuil de CO ;
- indice vocal entre 50 et 70 % (toutefois nettement amélioré, puisque l'un est passé de 24 à 56 % ; l'autre de 12 à 68 %).

Mais ces 2 patients n'ont pas été satisfaits du résultat.

- Dans le dernier cas :

On ne note aucune amélioration et uniquement la présence d'acouphènes dans l'oreille opérée.

- On peut tenter de corréler les résultats en fonction de l'indice de discrimination vocale avant la tympanotomie :

- Indice compris entre 64 % et 100 % :

- 3 cas satisfaisants,
- Aucun échec.

- Indice compris entre 32 et 60 % :

- 6 cas satisfaisants.
- Aucun échec.

. Indice compris entre 0 et 28 % :

- 7 cas satisfaisants.
- 3 échecs.

On peut conclure qu'un mauvais "score" initial n'est pas obligatoirement de fâcheux pronostic.

- La précocité de la réintervention joue-t-elle aussi un rôle important.

. Réintervention avant le 7ème jour post-opératoire : 2 cas satisfaisants.

. Entre les 8ème et 14ème jours :
11 cas satisfaisants.

. Entre les 15ème et 21ème jours :
3 échecs.

. Après le 22ème jour :
3 cas satisfaisants.

Mais il faut préciser que ces 3 derniers cas avaient un indice initial toujours supérieur à 50 %, et que les 3 cas non satisfaisants qui furent opérés au cours de la troisième semaine avaient un indice toujours inférieur à 28 %.

2°)- Signes associés :

Les troubles vestibulaires et les bourdonnements, lorsqu'ils existaient, disparurent avec l'ablation du granulome.

ASPECT DU GRANULOME

1°)- Macroscopiquement :

Une fois le lambeau tympanique rabattu, on découvre une masse fibreuse blanchâtre qui entoure la fenêtre ovale et la branche descendante de l'enclume. Une fois cette masse enlevée de l'oreille moyenne, on peut juger de l'importance de l'extension intra-vestibulaire, qui est fréquente.

Toutefois, toutes les observations ont permis de conclure que cette masse fibreuse n'adhérait jamais à la membrane labyrinthique et pouvait être enlevée sans difficultés.

Le caractère envahissant de ce granulome est singulier. Il se distingue des autres formations granulomateuses que l'on rencontre en oto-rhino-laryngologie : au niveau du larynx, par exemple, les granulomes après intubation traumatique sont généralement bien limités.

2°)- Microscopiquement :

Il s'agit d'un tissu fibreux constitué de fibroblastes se développant activement, de bourgeons capillaires, avec des cellules géantes à corps étrangers, rondes et infiltrées, témoignant du caractère inflammatoire de la nécrose.

L'étude histologique n'a pas non plus retrouvé d'union entre le granulome et la membrane labyrinthique.

thique.

Il semble donc que cette formation ait son origine dans l'oreille moyenne, plutôt que dans l'oreille interne.

ETIOLOGIE

L'étiologie du granulome est encore inconnue et plusieurs possibilités ont été envisagées :

1°)- Le granulome n'est finalement que l'exagération d'un phénomène normal, puisque toute intervention chirurgicale entraîne une petite réaction granulomateuse spontanément régressive. Mais pourquoi cette réponse exagérée ne se produit-elle pas après la réintervention et la pose d'une nouvelle prothèse ?

KYLANDER a bien montré expérimentalement, chez le singe, qu'en plaçant du Gelfoam dans la fenêtre ovale, après platinectomie, on obtenait une réaction inflammatoire aiguë très précocement :

- Après 48 heures, il n'y a pas de fibroblastes ;
- Après 1 semaine, fibroblastes et tissu fibreux sont abondants ;
- Après 2 semaines, l'aspect histologique est voisin de celui du granulome, avec présence de cellules géantes, de lymphocytes, et augmentation de la vascularisation.

Mais l'importance de ce phénomène, qui reste très limité, et, surtout, sa disparition progressive, le distinguent très nettement des réactions sévères et surabondantes survenues chez nos malades.

Quoi qu'il en soit, le granulome est une com-

plication, et lorsqu'il existe des signes labyrinthiques témoignant de sa présence, un traitement précoce peut éviter l'apparition d'une surdité de perception permanente.

On devrait pouvoir démontrer clairement que certains granulomes ne se développent que dans l'oreille moyenne et ne pénètrent pas dans le vestibule. Ils ne donnent donc pas de surdité de perception ni de vertiges. Ils peuvent guérir spontanément, mais doivent être suivis de très près pour être certain qu'il n'existe pas d'envahissement labyrinthique secondaire.

Les granulomes décrits ci-dessus s'étendaient tous au labyrinthe.

Les signes cliniques de cette complication sont logiquement le reflet d'une labyrinthite non suppurée, secondaire au processus inflammatoire créé par l'ouverture de la fenêtre ovale. Mais il est important de la différencier de la labyrinthite séreuse modérée que l'on observe de façon visuelle après une platinectomie : celle-ci est réversible et survient immédiatement. Sa sévérité diminue progressivement dans les premiers jours.

Tandis que la labyrinthite du granulome est progressive, se manifestant par une surdité de perception progressive et la persistance ou l'établissement de vertiges, au-delà des 4ème ou 5ème jours post-opératoires. Si on laisse le processus inflammatoire se développer, une labyrinthite séro-fibrineuse et fibrineuse s'installera avec un déficit concomitant irréversible.

Il est donc impératif que le diagnostic de granulome soit fait précocement, afin que son ablation ait lieu avant que de tels troubles irréversibles ne se manifestent.

2°)- Le rôle de l'infection ne peut être retenu, car toutes les interventions ont été faites sous antibiothérapie de couverture, et aucun signe infectieux n'est venu inaugurer la symptomatologie.

Leur apparition dans deux des cas décrits ne traduisait qu'une rétention secondaire à un envahissement déjà considérable.

De plus, la corticothérapie à faible dose (20 mg), administrée systématiquement dans les cas n° 1 et n° 3, aussitôt après l'intervention, n'a eu aucun rôle préventif, alors qu'à des doses plus importantes son action est indiscutable.

3°)- Dans les trois cas décrits, le granulome s'est produit dès la première intervention. On pourrait donc retenir la notion de terrain, faisant intervenir un trouble de la cicatrisation. Mais dans d'autres séries, le granulome n'est apparu que pour la 2ème oreille, l'intervention sur la première oreille s'étant déroulée normalement.

4°)- Rien de significatif ne se dégage de l'étude du matériel de greffe.

- HARRIS et WEISS l'ont observé avec une greffe graisseuse.

- SCHUKNECHT décrit :

- 3 cas sur 170 fils d'acier avec graisse,
- 7 cas sur 610 fils d'acier avec Gelfoam.

- Parmi les cas décrits par nous :

- . 2 sont apparus après piston et interposition veineuse ;
- . 1 après piston en téflon sous greffe.

5°)- Peut-on penser à une "réaction à un corps étranger" ?

- ROCK a accusé le talc des gants chez deux malades.

- Mais SCHUKNECHT a fait examiner en lumière polarisée tous ses prélèvements et il n'a été retrouvé qu'un seul grain de talc !

6°)- SCHUKNECHT insiste sur la nécessité, lors de la réintervention, de changer de matériel de greffe. Mais sans fournir d'explication étio-pathogénique :

Une de ses malades opérée d'une oreille avec un excellent résultat (fil d'acier + Gelfoam) a présenté, 20 jours après l'intervention sur l'autre oreille, un an plus tard, une surdité brutale avec vertiges. L'exploration faite cinq jours plus tard a montré des granulations remplissant la fenêtre ovale, mais laissant le vestibule intact. Leur ablation et leur remplacement par une prothèse et de la graisse a permis une récupération complète.

TRAITEMENT ET PRONOSTIC

- Il s'agit d'une URGENCE chirurgicale. Seuls les malades réopérés très précocement ont pu recouvrer l'audition. La temporisation permet la constitution de lésions envahissantes et irréversibles lorsque saccule et utricule sont intéressés.

- Les résultats obtenus dans la série des 19 cas montrent que la chirurgie, faite à propos, peut réussir dans les deux semaines qui suivent la stapéctomie initiale.

- Au-delà, de bons résultats peuvent être encore obtenus si les taux de discrimination vocale ne sont pas inférieurs à 50 %. (Un taux inférieur, après deux semaines, indiquera en général une récupération incomplète même si le granulome a été complètement enlevé. Des troubles apparemment irréversibles, dus à la labyrinthite séro-fibrineuse, commenceront à apparaître au bout de ce temps.).

- La pénétration du granulome dans le vestibule ne condamne pas formellement l'oreille interne s'il n'y a pas de destruction labyrinthique, et des cophoses totales ont eu une évolution parfaitement favorable.

- Le rôle des corticoïdes à dose suffisante (1 mg de Cortancyl par kilo de poids) paraît être déterminant. Non qu'ils soient capables d'entraîner une régression suffisamment rapide du granulome avant le stade des lésions irréversibles, mais ils prévien-

nent les récidives. Ils devront être administrés une quinzaine de jours, dans les cas favorables.

- La notion d'urgence chirurgicale est aisément admise lorsque la surdité apparaît brutalement et appelle d'elle-même une riposte rapide. Mais son installation progressive chez un malade insuffisamment informé des accidents possibles de cette chirurgie peut entraîner une perte de temps pendant laquelle l'atteinte cochléaire devient irréversible.

- Le problème auditif, ainsi qu'il est décrit dans deux des observations, passe alors au second plan, définitivement compromis, et remplacé par des lésions infectieuses et véritablement tumorales, capables de détruire toutes les structures de l'oreille moyenne et interne.

CONCLUSIONS

Le granulome inflammatoire survenant après platinectomie est une complication rapportée par de nombreux auteurs anglo-saxons.

Sa fréquence est de 0,5 à 1,5 %.

Il se manifeste par une surdité de perception brutale ou rapidement progressive, apparaissant entre la 2ème et la 6ème semaine post-opératoire, avec nette diminution de l'indice de discrimination vocale, quelquefois associée à une surdité de transmission et à des vertiges.

Le diagnostic en est difficile et l'otoscopie pratiquée dans les semaines qui suivent une opération modifiant la transparence du tympan n'apporte que des renseignements relatifs.

Toutefois, une cophose soudaine après une amélioration post-opératoire commande une exploration chirurgicale : il s'agit d'une véritable urgence, et seule la précocité du traitement permet de récupérer l'audition avant que l'envahissement granuleux n'ait entraîné des lésions irréversibles.

L'étiologie reste inconnue : infection, rôle du terrain, matériel de greffe, réaction à corps étranger comme le talc des gants ?

Aucune preuve formelle, ni clinique, ni biologique, n'a pu être apportée.

La corticothérapie à forte dose paraît nécessaire à la consolidation du résultat et surtout à la prévention des récidives.

La pénétration du granulome dans le vestibule ne condamne pas formellement l'oreille interne s'il n'y a pas de destruction labyrinthique, et des cophoses totales ont eu une évolution parfaitement favorable.

La réintervention est couronnée de succès si elle est pratiquée dans les deux semaines qui suivent la stapédecotomie initiale. Au-delà, de bons résultats peuvent encore être obtenus si le taux de discrimination vocale n'est pas inférieur à 50 %.

Une telle attitude opératoire nécessite donc une vigilance intense et une connaissance des symptômes labyrinthiques et des données audiométriques dues au processus granulomateux.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté
de Médecine,

Pr. FOURNIER

Le Président
de la thèse,

P. PIALOUX

B I B L I O G R A P H I E

- BELLUCI and WOLFF - Tissue reactions following reconstruction of the oval window in experimental animals.
Annals of Otology, 69, 517-539, 1960.
- HARRIS I. and WEISS L.- Granulomatous complications of oval window fat graft.-
Laryngoscope 72, 870-885, 1962.
- LEWIS M.L. Jr.- Sudden Inner Ear deafness after Stapedectomy - Asurgical emergency.
S. Med. Jour. 55, 744-745, 1962.
- PAPARELLA M.M. - Inner ear pathology after experimental Stapedectomy.
Arch. Oto-laryngol. 84, 154, 745, 1966.
- PRATT and WINCHESTER R.A. - Fibromatous polyp of the vestibule.
Arch. Oto-laryngol. 78, 98-102, 1962.
- KAUFMANN R.S. and SCHUKNECHT H.F.- Reparative granuloma following stapedectomy.
Annals of Otology, 76, 1008-1017, 1967.
- RICHARD R., GACEK M.D.- The diagnosis and treatment of post-stapedectomy granuloma.
Annals of Otology, Oct. 1970.

SHEA - Complications of stapedectomy operation.-
Ann. Otol. 72, 1109-1123, 1963.
